



August 2020

Kontaktformular Testung SARS-CoV-2

Name, Vorname*: _____

Geburtsdatum*: _____

Adresse*: _____

Telefon*: _____

Mobil*: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber*: _____

Reiserückkehrer/
Land*: _____

(* zur Testung unbedingt einen Aufenthaltsnachweis z.B. Hotelbuchung oder Flugticket mit Ihrem Namen und Reisedatum mitbringen.)

Hiermit stimme ich der SARS-CoV-2 Testung und Datenübermittlung an das Labor Dr. Wisplinghoff zur Auswertung meiner Daten per QR Code mit meiner Unterschrift zu.

Datum, Unterschrift*

*Pflichtangaben